

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく医師の指定について

<提出書類>

- ①医師の同意書
- ②指定医師履歴書（医師としての経歴、研修歴等はできるだけ詳細に記入願います）
- ③医師免許証の写し（A4 サイズに縮小コピーお願いします）

〒660-8501

尼崎市東七松町1-23-1

尼崎市役所 障害福祉課

電話 06-6489-6397

FAX 06-6489-6351

身体障害者福祉法第15条第1項に基づく医師の指定に関する要領

- 1 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）第15条第1項の規定に基づく医師の指定については、医師の指定基準（昭和29年厚生省告示第140号。以下「告示」という。）のほか、この基準の定めるところによる。
- 2 告示に掲げる医療に関係のある診療科名は、医療法施行令（昭和23年政令326号）第3条の2に規定する診療科であるものとする。ただし、平成20年3月31日以前から標榜していた呼吸器科、消化器科、胃腸科、循環器科、気管食道科等については、看板の書き換え等、広告の変更を行わない限り、引き続き標榜が認められているものとする。
- 3 法第15条第1項の規定による医師の指定を申請しようとする場合、同意書等を別紙様式1により作成の上提出させる。
- 4 医師の指定にあたって尼崎市社会保障審議会の意見を聴く際には、以下の事項について十分に審査を行い、指定医師の専門性の確保に努めるものとする。
 - (1) 医籍登録日
 - (2) 担当しようとする障害分野
 - (3) 当該医師の職歴
 - (4) 当該医師の主たる研究歴と業績
 - (5) その他必要と認める事項
- 5 指定を受ける医師は、原則として担当しようとする障害分野の医療に関係のある診療科で5年以上診療に従事している者でなければならない。ただし、初期研修の2年は含めないものとする。
- 6 審査結果に基づく指定に関する通知は、速やかに申請者等へ行うものとする。
なお、指定年月日は、審議会が開催された月の翌月初日とする。
- 7 指定された医師は、担当する障害分野について、法第15条第1項に規定する診断書及び同条第3項に規定する意見書を作成するものとする。
- 8 告示に掲げる医療に関係のある診療科名及び留意点については、概ね次のとおりとする。
 - (1) 視覚障害の医療に関係のある診療科名
眼科、小児眼科、神経内科、脳神経外科
※ただし、眼科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による視力喪失者の診療に限る。
 - (2) 聴覚障害の医療に関係のある診療科名
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科、
※ただし、耳鼻いんこう科以外の診療科にあつては、腫瘍・神経障害等による聴力喪失者の診療に限る。

失者の診療に限る。

- (3) 平衡機能障害の医療に係る診療科名
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科
- (4) 音声、言語機能障害の医療に係る診療科名
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、内科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、脳神経外科、形成外科、リハビリテーション科、
- (5) そしゃく機能障害の医療に係る診療科名
耳鼻いんこう科、小児耳鼻いんこう科、気管食道・耳鼻いんこう科、気管食道内科、神経内科、気管食道外科、形成外科、リハビリテーション科
- (6) 肢体不自由の医療に係る診療科名
整形外科、外科、小児外科、内科、神経内科、脳神経外科、形成外科、リウマチ科、小児科、リハビリテーション科
- (7) 心臓機能障害の医療に係る診療科名
内科、循環器内科、心臓内科、外科、心臓血管外科、心臓外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科
- (8) じん臓機能障害の医療に係る診療科名
内科、循環器内科、腎臓内科、人工透析内科、外科、移植外科、小児科、小児外科、泌尿器科、小児泌尿器科
- (9) 呼吸器機能障害の医療に係る診療科名
内科、呼吸器内科、気管食道内科、外科、呼吸器外科、気管食道外科、胸部外科、小児科、小児外科、リハビリテーション科
- (10) ぼうこう又は直腸機能障害の医療に係る診療科名
泌尿器科、小児泌尿器科、外科、消化器外科、内科、消化器内科、神経内科、小児科、小児外科、産婦人科（婦人科）
- (11) 小腸機能障害の医療に係る診療科名
内科、消化器内科、胃腸内科、外科、消化器外科、腹部外科、小児科、小児外科
- (12) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害に係る診療科名
内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科、外科、小児科、産婦人科、
※ただし、エイズ拠点病院での従事経験があることが望ましい。
- (13) 肝臓機能障害の医療に係る診療科名
内科、消化器内科、肝臓内科、外科、消化器外科、移植外科、腹部外科、肝臓外科、小児科、小児外科

付 則

(施行期日)

この要領は、平成21年4月1日から実施する。

- 2 平成21年3月31日現在において兵庫県が指定している医師は、この要領により指定された医師とみなす。

付 則

(施行期日)

この要領は、平成21年12月1日から実施する。

付 則

この要領は、平成26年9月6日から実施する。

付 則

この要領は、令和2年7月1日から実施する。

付 則

この要領は、令和4年4月1日から実施する。

同 意 書

<p>ふ り が な 医 師 氏 名</p>	
<p>医 療 機 関 名 所 在 地 電 話 番 号</p>	
<p>医 療 機 関 が 標 ぼう す る 診 療 科 名</p>	
<p>指 定 医 師 が 診 断 す る 障 害 の 種 類</p>	<p>視 覚 ・ 聴 覚 ・ 平 衡 ・ 音 声、言 語 ・ そ し ゃ く 肢 体 ・ 心 臓 ・ じ ん 臓 ・ 呼 吸 器 ・ ぼ う こ う 直 腸 ・ 小 腸 ・ 免 疫 ・ 肝 臓</p>
<p>身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>尼崎市長 あて</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 開 設 者 又 は 医 療 機 関 の 長</p> <p style="text-align: center;">医 師 名</p>	

指 定 医 師 履 歴 書

(整理番号 No.)

医 師 氏 名		診 療 従 事 場 所		加 入 医 師 会		
指 定 申 請 科 目		標 ぼう 診 療 科 目		診 療 従 事 年 数		
主 な 経 歴	年 月 日	研修並びに勤務場所	診療科目等	身分	勤務年数	備考
医師免許取得 年 月 日 第 号 生年月日 年 月 日 (才)						
※身体障害者福祉法第 1 5 条第 1 項に基づく医師の指定を他市で登録されている場合は、ご記載ください。 医療機関名 自治体名 年 月登録						

※市外で指定医師を登録されている場合、指令書の写し等も添付願います。

指定医師履歴書 記入要領

以下の点に留意して記入して下さい。

氏名	楷書で記入し、必ず「ふりがな」をふること。
診療従事場所	現在所属する医療機関の正式名称を記入すること。
加入医師会	加入している医師会があれば記入すること。
指定申請科目	今回指定を受けようとする科目のみ記入すること。
標ぼう診療科目	現在所属する医療機関の標ぼうしている診療科目をすべて記入すること。
診療従事年数	担当しようとする障害分野の医療に関係のある診療科で診療に従事した年数を月単位まで記入すること。 ※指定を受ける医師は、原則として担当しようとする障害分野の医療に関係のある診療科で5年以上診療に従事している者でなければならない。ただし、初期研修の2年は含めないものとする。
主な経歴	次の点に留意して記入すること。 1 大学卒業より記入。 2 所属医療機関を変更した場合、期間が連続している時は「～退職」という記載は省く。ただし、1か月以上期間の隔たりがある場合は省かない。 3 所属医療機関は正式名称を記入し、機関名だけでなく必ず科名まで記入すること。 4 研修医、医員等の別を身分の欄に記入すること。 5 専門医又は認定医の認定を受けている場合は、認定機関の名称を含め、その旨記載すること。 6 1か月以上の期間診療等に従事しなかった場合は、その旨記載すること。

様式第1号（第2条関係）

<p>身体障害者指定医師勤務地等変更届出書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>尼崎市長 あて</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p>身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について下記のとおり</p> <p>変更がありましたので 休止したいので届出ます。 廃止したいので</p> <p style="text-align: center;">記</p>			
医療機関名			
所在地			
指定医師氏名		診療担当科名	
変更事項	変更前	変更後	
休止又は廃止の理由			
変更、休止又は廃止の年月日	年	月	日
備考			

※市外から市内へ勤務地を変更する場合は、新規に申請を行うこと。

※市内から市外へ勤務地を変更する場合は、「休止」又は「廃止」扱いとなる。

様式第2号（第3条関係）

身体障害者指定医師辞退届			
			年 月 日
尼崎市長 あて			
氏名			
身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について下記のとおり辞退したいので届出ます。			
記			
医療機関名			
所在地			
指定医師氏名		診療担当科名	
辞退の理由			
辞退の年月日	年	月	日
備考			

※指定医師の死亡による辞退の届出は、当該医師が病院勤務の場合は開設者が、開業医の場合は親族が提出するものとする。